

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 425.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'INTESTIN GRÊLE

consécutifs
AUX HERNIES ÉTRANGLÉES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Mai 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles FRANCOZ

Né le 2 Mars 1874, à Chambéry (Savoie).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon.



LYON

A REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1899



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 425.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'INTESTIN GRÊLE

consécutifs

AUX HERNIES ÉTRANGLÉES

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenne publiquement le 19 Mai 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles FRANCOZ

Né le 2 Mars 1874, à Chambéry (Savoie).

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon,

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon.



LYON

A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOLIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. CONDAMIN et BOYER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Qu'il nous soit permis d'adresser le témoignage de notre reconnaissance aux maîtres dont l'enseignement éclairé a dirigé jusqu'à ce jour nos études médicales.

MM. Vincent, Vallas et Auguste Pollosson, chirurgiens des hôpitaux, et M. le professeur Bondet ont été nos premiers maîtres; nous les remercions de la bienveillance avec laquelle ils nous ont fait part de leur science et de leur expérience pendant que nous étions leur externe.

A l'hôpital Saint-Joseph, où se sont achevées nos études, nous avons pu profiter largement de l'enseignement si clinique de MM. Clément, Goullioud et Rafin; nous ressentons vivement l'honneur d'avoir été leur interne.

A M. Goullioud revient l'idée première de ce travail; nous tenons à lui témoigner toute notre gratitude pour le temps qu'il nous a consacré et les sages conseils qu'il nous a prodigués.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Laroyenne nous donne un témoignage de haute bienveillance, dont il nous permettra de le remercier bien sincèrement.

Nous ne saurions oublier les amis sûrs et dévoués que nous avons eus comme collègues d'internat à l'hôpital Saint-Joseph ; qu'ils soient persuadés de notre inaltérable sympathie.

RÉTRÉCISSEMENTS

DE L'INTESTIN GRÊLE

consécutifs

AUX HERNIES ÉTRANGLÉES

HISTORIQUE

Le rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à une hernie étranglée reconnaît deux causes : tantôt la lumière de l'intestin est diminuée sans lésion de la paroi, c'est le rétrécissement extrinsèque, tel celui produit par une bride péritonéale; tantôt au contraire le rétrécissement est causé par une sténose cicatricielle intéressant l'organe lui-même; on dit alors qu'il est pariétal ou intrinsèque.

Le premier est connu depuis fort longtemps et nous ne citerons que quelques-uns des auteurs qui se sont occupés récemment de cette question.

Pouzet, Spencer-Wels, Klotz, Collas, Lucas-Championnière, Nicaise¹, Legueux ont bien fait connaître le mécanisme et la fréquence de ces accidents.

Il n'en est pas de même pour le rétrécissement pariétal qui est resté pendant longtemps à peu près ignoré; aussi nous avons minutieusement recherché les observations où

¹ Nicaise, *Revue de chirurgie*, 1880.

cette sténose est signalée et, dans notre travail, nous étudierons plus spécialement cette variété. La rareté de cet accident, et peut-être aussi sa méconnaissance, dans les formes incomplètes, explique jusqu'à un certain point la pénurie des travaux sur ce sujet. Il faut arriver à la dernière moitié de ce siècle pour trouver les premières observations, rapportées dans de courtes publications, et les traités classiques mentionnent à peine cette complication de l'étranglement herniaire. On pourrait croire qu'une fois la kélomie faite, si le malade échappe à la redoutable péritonite, la guérison est définitive ; si une telle éventualité est la règle, elle n'est malheureusement pas toujours constante.

La première observation où l'on mentionne ce rétrécissement est signalée dans la thèse de Guignard¹ en 1856, puis dans celle de Renson² en 1881.

Depuis, Raoult³ et Nikiphorow⁴ en ont successivement relaté de nouvelles observations. En Allemagne, Garré⁵ et Maas⁶, frappés par la rareté de cet accident, font des expériences pour établir le mode de production de cette sténose.

Mais, ce n'est que dans ces dernières années que paraissent des travaux plus complets. Thomson⁷ en Angleterre

¹ Guignard, thèse de Paris, 1856.

² Renson, *Rétrécissements cicatriciels de l'intestin* (thèse de Paris, 1881).

³ Raoult, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891.

⁴ Nikiphorow, *Clin. lieptopiss.*, 1894.

⁵ Garré, *Beiträge zur Clin. Chir.*, 1892-1893.

⁶ Maas, *Berl. Clin. Woch.*, 21 janvier 1895.

⁷ Thomson, *Brit. Med. Journal*, 1897.

et Schulz¹ en Allemagne, dans de remarquables et longues publications, ont étudié la pathogénie de ces rétrécissements, leurs signes cliniques et discuté le traitement qui leur convient.

Tout récemment M. Goullioud² présentait un nouveau cas à la Société de chirurgie de Lyon. Nous avons eu l'occasion d'observer ce malade; c'est ce qui nous a engagé à faire de cette étude le sujet de notre thèse.

Depuis, MM. Mollard et Bernay³ ont publié dans le *Lyon Médical* une nouvelle observation en la faisant suivre de quelques commentaires.

Nous diviserons notre travail en quatre parties et nous étudierons successivement dans un premier chapitre l'anatomie et la physiologie pathologiques; la symptomatologie, le diagnostic et le traitement feront l'objet des trois autres; nous relaterons enfin les observations que nous avons recueillies sur cet intéressant sujet.

¹ Schulz, *Deut. Zeit. für. chir.*, 1898.

² Goullioud, *Lyon Médical*, 1898,

³ Mollard et Bernay, *Lyon Médical*, 2 avril 1899.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Les lésions que l'on observe dans ces rétrécissements n'ont certes rien de bien spécial ; c'est toujours le tissu fibreux et sa rétraction ultérieure qui jouent le plus grand rôle. Aussi nous ne ferons que mentionner les différentes causes qui peuvent amener l'obstruction et les modifications qui surviennent dans la texture de la paroi intestinale à la suite de l'étranglement herniaire ; nous essaierons ensuite d'expliquer la pathogénie de ces accidents.

Nous étudierons séparément les deux variétés de rétrécissement, tout en faisant remarquer qu'elles sont souvent combinées.

RÉTRÉCISSEMENTS EXTRINSÈQUES

Dans cette variété, la cause se trouve en dehors de l'intestin. L'obstruction peut survenir, qu'il y ait ou non obstacle mécanique au cours des matières stercorales ; on incrimine ordinairement une des quatre causes suivantes :

- 1° Rétrécissement par adhérences ;
- 2° — par brides ;
- 3° — par position vicieuse de l'intestin ;
- 4° Occlusion sans obstacle mécanique.

Les adhérences. — Il est assez fréquent de trouver des anses intestinales agglutinées entre elles, ou accolées à la paroi abdominale par du tissu fibreux. Nicaise a observé, à la suite d'une hernie étranglée, un rétrécissement formé par l'adhérence des deux parties d'une anse. L'éperon qui en résultait avait gêné le cours des matières; le bout supérieur dilaté en ampoule comprimait l'origine du bout inférieur « comme la vessie dilatée comprime l'uretère »; d'où étranglement.

Bien que des observations à peu près analogues soient assez nombreuses, il est cependant rare que des adhérences seules, qu'elles soient anciennes ou récentes, jouent un rôle direct dans la production du rétrécissement et des phénomènes d'étranglement (Nicaise⁴).

Les brides. — Elles reconnaissent pour origine un mécanisme analogue à celui qui les produit dans toute intervention sur l'abdomen.

Ce sera une frange d'épiploon ou de mésentère, ou bien des débris quelconques d'une surface dilacérée qui viendront adhérer à un point de la paroi abdominale ou de son contenu. Il se constituera ainsi une sorte de jetée ou de corde sur laquelle pourra venir s'étrangler une anse intestinale.

Les positions vicieuses. — On peut observer soit l'invagination, soit la torsion de l'intestin ou de son mésentère, comme nous le verrons dans une de nos observations. Le plus souvent, il s'agit de migrations anormales, de paquets intestinaux pouvant se comprimer ou se tordre de manière à obstruer la lumière du conduit. Dans un

⁴ Nicaise, *Gazette médicale*, 1874.

cas notamment, cette déviation des anses intestinales semblait produite par la torsion du mésentère (Obs. X).

Il n'y a pas d'*obstacle mécanique*. — A la suite de la réduction d'une hernie étranglée, on voit parfois persister tous les symptômes qui précédaient la disparition de la tumeur extérieure, et cependant l'autopsie ou l'évolution ultérieure des phénomènes démontre que la hernie n'a pas été réduite en masse et que l'anse est entièrement libre. Pour expliquer la dilatation de cette anse et la stase stercorale, il faut alors invoquer soit un acte réflexe, soit peut-être une altération de la paroi musculaire consécutive à l'étranglement. La stase sanguine, la distension de cette anse pendant un temps plus ou moins prolongé peuvent avoir altéré la nutrition des fibres musculaires et leur avoir fait perdre la tonicité et la contractilité nécessaires à la progression de leur contenu (Thibierge⁴).

Ou bien, au contraire, il y a exagération de leurs contractions physiologiques par une irritation quelconque. Le spasme qui se produit amène un rétrécissement plus ou moins serré, et cependant il ne semble pas qu'il y ait une altération véritable de la paroi intestinale, les phénomènes d'étranglement pouvant disparaître rapidement.

Nous ferons toutefois remarquer que ces deux causes, encore peu connues, ne sont pas admises par tous les auteurs.

RÉTRÉCISSEMENT INTRINSÈQUE

La paroi intestinale, que ce soit consécutivement à la

⁴ Thibierge, thèse de Paris, 1884.

constriction produite par une bride ou à la suite de lésions anatomiques propres, est profondément altérée dans sa structure.

Ce qui frappe, en ouvrant l'abdomen, c'est l'énorme dilatation de la portion d'intestin située au-dessus du rétrécissement. Il se forme en ce point une poche souvent très volumineuse où s'accumulent, avec les liquides et les gaz, les aliments ingérés. C'est ainsi qu'il est fréquent d'y retrouver, de même que dans les ectasies gastriques, des parcelles d'aliments ingérés depuis une longue période.

La paroi est non seulement dilatée, mais hypertrophiée. La dilatation est d'autant plus considérable que le rétrécissement s'est formé plus lentement; dans ce cas, elle se produit peu à peu en même temps que les parois intestinales s'épaississent et s'hypertrophient.

Au-dessous du point rétréci, l'intestin est notablement diminué de volume et comme ratatiné. Ce fait s'explique aisément d'après la loi bien connue que la fonction fait l'organe et que tout organe qui perd sa fonction s'atrophie.

Nombre et siège. — On peut n'observer qu'un seul rétrécissement; mais il est assez fréquent d'en noter deux : ils correspondent alors aux deux extrémités de l'anse primitivement étranglée, aux deux sillons constatés pendant la kélotomie; parfois encore, le rétrécissement est étendu à une plus ou moins grande portion de l'intestin. Ainsi dans le cas de Schulz le rétrécissement était produit par une sténose de la paroi sur une longueur de 10 centimètres environ. Si nous nous en rapportons à nos

huit observations, nous remarquons que dans quatre cas le rétrécissement était unique, qu'il était double chez trois malades, et qu'une seule fois la sténose était très étendue.

Calibre. — Le degré du rétrécissement est très variable. Il en est qui laissent passer l'extrémité de l'index, un porte-plume; d'autres ne laissent même pas passer l'eau : tel le rétrécissement constaté sur le malade de Raoult.

Quand il y a deux rétrécissements, le supérieur est ordinairement le plus marqué, de même que le sillon supérieur de l'anse étranglée est souvent le plus profond.

Lésions observées. — Si la gangrène de l'anse intestinale reste limitée, il se formera une escarre qui, en se détachant, peut amener une perforation ou bien donner naissance à une simple ulcération. On conçoit que cette ulcération puisse se produire en deux points : extérieurement sur la membrane séreuse, ce qui est rare, ou intérieurement sur la membrane muqueuse.

Dans les deux cas, les troubles qui surviendront seront les mêmes. La cicatrisation, en effet, s'opérant au moyen d'un tissu inodulaire dont la propriété principale est la rétractilité, déterminera dans la paroi de l'intestin un froucement, un plissement qui, en diminuant la capacité du canal, constituera le rétrécissement.

Quant aux *lésions microscopiques*, elles se présentent à peu près dans toutes les observations avec les mêmes caractères.

Au niveau du rétrécissement, la muqueuse disparaît; « elle est remplacée par de fines granulations de tissu con-

jonctif » (R. Muir¹); et nulle part on ne trouve des glandes.

Il ne reste pas trace non plus de la *muscularis mucosæ*. La tunique sous-muqueuse est représentée par une couche épaisse de tissu fibreux, arrangé en faisceaux entrelacés.

Les plans musculaires, fibres longitudinales et fibres circulaires, sont remplacés par ce même tissu fibreux, et la séreuse ne peut être différenciée.

Au-dessus du rétrécissement, les fibres musculaires sont épaissies, hypertrophiées, et leur nombre est considérablement augmenté (Schulz).

Toutefois les lésions ne sont pas toujours aussi avancées, et l'on peut trouver les plans musculaires et séreux normaux.

Pathogénie. — Il nous reste à étudier la pathogénie de ce rétrécissement.

Garré² et Maas³ frappés de l'extrême rareté de ces rétrécissements, comparée au nombre relativement élevé des gangrènes que l'on observe dans les hernies étranglées, ont essayé de reproduire expérimentalement une semblable lésion.

Maas fait une série d'expériences sur des lapins, consistant à interrompre la circulation dans les vaisseaux mésentériques au moyen de « clamp ».

Dans une première série, il entrave seulement la circulation veineuse de retour. Il en résulte des infarctus con-

¹ Muir, cité par Thomson.

² Garré, *Beit. z. klin chir.*, 1893.

³ Maas, *Berl Klin. Woch.*, 1895.

sidérables, mais jamais il n'observe de sténose, et toujours les lésions produites furent susceptibles d'une guérison complète.

Dans une seconde série, il arrêta la circulation artérielle. Dans ce cas, il vit rapidement la muqueuse se nécroser et survenir l'étranglement de l'intestin. Si l'ischémie était maintenue pendant plus de deux ou trois heures, la gangrène envahissait toutes les tuniques de l'intestin et l'animal mourait rapidement.

Cet auteur conclut, en conséquence, que le rétrécissement pariétal est rare à la suite de l'étranglement herniaire, parce que l'ischémie complète est exceptionnelle et que, si elle se produit, on observe une gangrène diffuse. De plus, la nécrose de l'épithélium consécutive à ces troubles circulatoires n'est pas toujours assez étendue pour entraîner une perte complète de la muqueuse. Maas suppose que, dans tous les étranglements de longue durée, l'épithélium des villosités intestinales meurt dans l'assise superficielle, mais que presque toujours l'épithélium qui s'étend entre les villosités, reste intact et provoque la régénération de la muqueuse.

Aussi, pour expliquer le rétrécissement, cet auteur admet les trois stades suivants :

- 1^o Stase veineuse avec infiltration hémorragique ;
- 2^o Nécrose étendue et chute de l'épithélium ;
- 3^o Infection bactérienne des autres plans de l'intestin.

Il est donc probable qu'il faut chercher la cause de ces sténoses dans les troubles circulatoires produits par la constriction de l'anse intestinale. Si ces troubles sont suffisants, ils retentiront sur la muqueuse d'abord (Garré), car il semble que les tissus épithéliaux aient une résistance

physiologique moindre, et parce que, d'autre part « les tuniques musculaires et séreuses sont plus favorablement placées en ce qui concerne la circulation collatérale. » (Reichel¹.)

Ainsi peut s'expliquer ce qu'il appelle « l'étranglement cicatriciel interne », pour le distinguer de « l'étranglement externe », à point de départ péritonéal, déjà étudié par Palasciano², et dont il nous reste à parler.

On observe dans cette variété un sillon bien délimité, comme si l'on avait mis un fil autour de l'anse intestinale. Dans ce cas, la muqueuse se projette en forme de valvule (Garré), dans la lumière de l'intestin. Le même auteur suppose que ce type d'obstruction résulte de la lésion des tuniques les plus externes, par la pression mécanique directe aux points de constriction, amenant la rupture des tuniques musculaires comme le fil de la ligature rompt celles de l'artère. C'est ainsi qu'une bride, en comprimant la paroi, pourra aussi produire, après un certain temps, une semblable sténose; le fait n'est cependant pas signalé.

Quoi qu'il en soit, une autre question se pose au point de vue pratique. Peut-on prévoir, en opérant la hernie étranglée, la possibilité d'un rétrécissement ultérieur? Malheureusement, il ne semble pas que ce soit possible, l'état de la muqueuse intestinale échappant entièrement à nos investigations.

Tout ce que l'on sait, c'est que ces rétrécissements sur-

¹ Reichel, cité par Maas.

² Palasciano, *Versammlung der Naturforscher und Aerzte*, 1857.

viennent dans les hernies étranglées depuis longtemps et sur lesquelles on a fait des manœuvres de taxis prolongées et violentes. Le malade de Schulz n'avait été opéré que le sixième jour après l'étranglement. On observe alors un liquide trouble dans le sac, des plaques grisâtres au fond du sillon produit par la constriction, un aspect terne et un certain degré d'amincissement de la paroi en ces points. Mais cet état, qui vraisemblablement peut amener le rétrécissement, se compliquera bien plus fréquemment de gangrène. Il semblerait donc, et c'est la conclusion de Maas, que la production du rétrécissement, dans ces conditions, doive être regardée comme une heureuse terminaison.

De plus, quelquefois l'altération de la muqueuse n'est pas en rapport avec l'aspect extérieur de l'anse intestinale ; ainsi, dans l'observation de cet auteur, l'intestin paraissait être sain, la séreuse était lisse, d'aspect normal et, cependant, la muqueuse était gravement altérée. Il y a donc impossibilité à peu près absolue de prévoir le rétrécissement.

SYMPTOMES

Les signes qui permettent à l'observateur de reconnaître un rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à une hernie étranglée sont tantôt ceux de l'occlusion aiguë, tantôt ceux de l'obstruction chronique. Bien qu'ils ne permettent pas de soupçonner la cause du rétrécissement, il faut reconnaître qu'assez fréquemment ils présentent des caractères spéciaux.

RÉTRÉCISSEMENT DE CAUSE EXTRINSÈQUE

Nous nous étendrons peu sur cette variété qui peut survenir à la suite de n'importe quelle laparotomie. Il est toutefois intéressant de remarquer avec Thomson¹ que les signes observés apparaîtront plus rapidement et simuleront plutôt ceux d'une occlusion aiguë, contrairement à ce que l'on voit dans la deuxième forme du rétrécissement.

Nous mentionnerons simplement l'occlusion aiguë que l'on peut observer immédiatement après la kélotomie. Dans ce cas, on pourra supposer, ou que la cause de l'étranglement n'a pas été enlevée par l'opération, ou que l'intestin est devenu atone et incapable de remplir ses fonctions.

¹ Thomson, *Brit. M. J.*, 1897.

RÉTRÉCISSEMENT DE CAUSE INTRINSÈQUE.
STÉNOSE INTESTINALE

Cette forme, au contraire, se rapproche de l'obstruction chronique.

Début. — Le véritable rétrécissement cicatriciel consécutif à un étranglement herniaire ne se manifeste guère à l'observateur qu'à la suite d'une période de bien-être de plus ou moins grande durée.

C'est ordinairement vers la quatrième semaine que commence à apparaître les premières coliques. Dans quelques cas, cependant, le début est plus rapide; mais toujours il y a entre la kélotomie et l'apparition des premiers troubles un intervalle pendant lequel le malade, délivré de son étranglement herniaire, jouissait d'une bonne santé. Thomson pense que cet intervalle est au minimum de quatorze jours.

Par contre, les premiers signes peuvent être plus tardifs; dans l'observation de Nicaise il se serait écoulé plus de deux mois avant les premiers accidents.

Nous mentionnerons aussi un mode de début bien particulier avec des accidents d'occlusion aiguë accompagnés de vomissements fécaloïdes et de violentes douleurs, ne tardant pas à faire place à des accidents d'obstruction chronique. (Observations de M. Goullioud et de Schulz.)

Mais, précédant ces phénomènes douloureux, on trouve notée dans presque toutes les observations, l'apparition d'une diarrhée plus ou moins abondante. Ce symptôme,

sur lequel insistent les auteurs allemands, apparaît ordinairement vers le troisième jour après la kélotomie, persiste pendant une quinzaine de jours, puis disparaît. Les selles sont liquides, abondantes, de couleur jaunâtre ou grise, rappelant parfois celles des typhiques, et la médication ne semble avoir aucune action sur elles. Garré et Maas attribuent cette diarrhée à la chute de la muqueuse nécrosée.

A côté de cette diarrhée passagère et du début, on peut observer une diarrhée chronique, profuse, persistant de longs mois. (Obs. II et VII.)

Ce symptôme a été observé chez le malade de M. Goul-lioud avec le plus grand intérêt. Depuis trois mois, ce malade avait sept à huit selles grisâtres par jour et, par contre, l'émission de gaz était à peu près nulle. Il semblait que le rétrécissement agissait comme un siphon laissant passer les liquides plus facilement que les gaz.

Le même auteur suppose que cette diarrhée chronique doit être non pas rattachée à la chute de la muqueuse, mais attribuée aux fermentations toxiques qui se produisent au-dessus du rétrécissement.

Là, en effet, se trouve une poche volumineuse où séjournent les matières stercorales mêlées aux liquides et aux aliments partiellement digérés. Cette stagnation prolongée donne naissance, de même que dans un estomac anormalement dilaté, à des fermentations dont les produits, analogues aux ptomaïnes, déterminent du côté de l'intestin sous-jacent des phénomènes d'irritation et de phlogose. Cette irritation amènerait rapidement des désordres plus ou moins graves et plus ou moins durables du côté de la muqueuse intestinale : ainsi s'expliquerait

la persistance de la diarrhée à la suite de l'intervention.

Chez ce malade, en effet, les selles conservèrent les mêmes caractères pendant près de quatre semaines après l'opération, et seules les altérations intestinales antérieures peuvent expliquer leur persistance. Nous ferons toutefois remarquer que cette condition pathogénique, commune à tous les rétrécissements, n'a amené de la diarrhée chronique que chez deux malades.

Période d'état. — Lorsque la sténose intestinale est assez marquée pour mettre obstacle au passage des matières stercorales ; lorsque la dilatation qui l'accompagne est suffisante, d'autres signes plus caractéristiques apparaissent graduellement.

SIGNES FONCTIONNELS. — Les *coliques* du début persistent, mais avec une intensité variable.

Quelquefois, elles sont à peu près indolores ; tel le malade dont l'observation est rapportée par Thomson et qui souffrait si peu « qu'il attribuait tous ses symptômes à la bile ».

Mais le plus souvent elles sont intenses et possèdent le degré d'acuité des coliques intestinales en général, caractère qui permet de les distinguer des coliques d'origine gastrique, ainsi que le fait remarquer M. Bouveret ¹.

Ces coliques surviennent sous forme de crises paroxystiques à intervalles irréguliers et de plus ou moins longue durée, parfois sans cause connue, parfois au contraire, à la suite d'un choc sur l'abdomen, d'une pression au niveau du rétrécissement, d'une quinte de toux, d'un effort quel-

¹ Bouveret, *Traité des maladies de l'estomac*.

conque; mais la cause la plus fréquente est l'ingestion d'aliments solides. Tandis que les liquides semblent n'être pas arrêtés au niveau du rétrécissement, ou tout au moins ne pas réveiller les contractions douloureuses de l'intestin, il suffit que le malade prenne un aliment solide, même en petite quantité pour qu'un accès douloureux survienne. Il semble que l'aliment devienne une cause d'irritation et amène un spasme violent et douloureux de la paroi intestinale.

« Tout rétrécissement entraîne le spasme, disait Peter¹, et la cause prochaine de ce spasme est l'irritation. » L'observation relatée par Thomson est une preuve évidente de cette contraction spasmodique.

Cet auteur a noté avec le plus grand intérêt quel'étranglement dans le segment d'intestin mis à découvert se relâchait de jour en jour, après l'ouverture d'un anus contre nature, et il n'hésite pas à conclure que le spasme avait exagéré la sténose existante.

Ces douleurs, on le conçoit facilement, ont un siège variable. D'abord localisées au niveau du point sténosé, elles ne tardent pas à s'irradier dans tout l'abdomen; parfois au contraire, il est impossible de leur attribuer, même au début, un siège précis.

Ces crises intermittentes s'accompagnent de météorisme; le ventre devient dur et tendu et les mouvements péristaltiques de l'intestin dessinent les anses à travers la paroi; nous insisterons plus loin sur ce point.

Un autre phénomène qui accompagne ces coliques et qui paraît assez constant, c'est une sensation spéciale de

¹ Péter, *Gazette des hôpitaux*, 1868.

bruits abdominaux perçus par le malade. Tantôt ce sont des boules qui parcourent l'abdomen, tantôt ce sont des borborygmes ou de gros gargouillements, tantôt enfin on observe des bruits analogues à des « sifflements » comme le racontait notre malade. Ces bruits musicaux sont parfois si intenses, qu'ils sont perçus par l'entourage à une assez grande distance.

La production de ces bruits peut s'expliquer par le fait des contractions intestinales qui refoulent vers le point rétréci les liquides et les gaz accumulés dans les parties supérieures de l'intestin fortement dilatées et hypertrophiées. Peut-être même, comme l'a fait remarquer Margarucci, la dilatation et le tympanisme des anses voisines pourraient-ils augmenter l'intensité de ces phénomènes musicaux en faisant office de résonnateurs.

Les *selles* sont rarement supprimées. Quelquefois le malade peut rejeter des matières demi-molles et bien moulées, mais assez souvent on observe une diarrhée abondante et profuse. Ces selles sont grisâtres, parfois jaunâtres, ressemblant à celles des typhiques et procurent un notable soulagement au malade.

Les *vomissements* peu nombreux au début, et simplement bilieux ou alimentaires, ne tardent pas à devenir fécaloïdes, si l'on n'intervient pas par un traitement approprié.

SIGNES PHYSIQUES. — *Le météorisme*. Ce qui frappe en examinant le malade, c'est le développement et la tension de l'abdomen ; la percussion y dénote une sonorité exagérée qu'explique facilement l'accumulation des gaz dans les anses situées en amont du rétrécissement. Toutefois, au début, on peut observer un tympanisme localisé,

une voussure visible et surtout une résistance plus grande due à l'anse distendue au niveau du rétrécissement.

Ce signe, mentionné par von Wahl, a été noté dans toutes les observations allemandes, et toujours il siègeait vers la cicatrice de la kélomie. Il semble donc que, parmi les symptômes du début, il soit des plus importants pour le diagnostic.

Les mouvements péristaltiques. — Un autre signe, dont la valeur est aussi grande, est fourni par la constatation de mouvements intestinaux, souvent très visibles à travers la paroi. C'est ordinairement au moment d'une crise douloureuse que ce phénomène s'observe le plus aisément, mais il est parfois facile de le reproduire par une légère malaxation abdominale.

Ce péristaltisme, quand il revêt certains caractères, et notamment qu'il est sous-ombilical et ne s'accompagne pas de dilatation cæcale, est un indice certain d'obstacle dans l'intestin grêle et de la violente contraction de la couche musculaire hypertrophiée.

Ces contractions se présentent tantôt sous la forme d'ondes se dessinant plus ou moins nettement sous la peau, tantôt elles ressemblent à de volumineux vers qui se débattraient dans l'abdomen, tantôt enfin les anses ont une direction nettement transversale (observation de Thomsom et de M. Goullioud), disposition rappelant le parallélisme des échelons d'une échelle, suivant l'expression de John Wyllic¹.

Ce péristaltisme est ordinairement généralisé à tout

¹ John Wyllic, cité par Thomson.

l'abdomen, et l'on conçoit que, dans ce cas, sa valeur ne soit que relative.

Mais, à côté de ces ondes diffuses, on peut observer des mouvements péristaltiques bien localisés, à point de départ fixe, à irradiations nettement déterminées; ils acquièrent alors une importance considérable, non seulement au point de vue du diagnostic du rétrécissement intestinal, mais encore dans la localisation de ce rétrécissement. L'observation rapportée par MM. Mollard et Bernay est un exemple remarquable de ce péristaltisme localisé, sur lequel ont beaucoup insisté O'Balinski¹ et M. Bouveret, dans son *Traité des maladies de l'estomac*.

On comprend, en effet, que ces ondulations, quelle que soit leur amplitude, quelle que soit leur intensité, par leur direction toujours constante en amont du point sténosé et dans le sens de la progression du contenu intestinal, peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic très précis. Dans le cas que nous venons de citer, ce symptôme avait permis de porter le diagnostic de rétrécissement pariétal, au niveau de l'anse primitivement étranglée, et la laparatomie confirma pleinement ce diagnostic.

L'absence de dilatation cæcale, signalée par M. Bouveret, sera aussi en faveur d'un obstacle siégeant sur l'intestin grêle.

Le *clapotage* est ordinairement assez marqué et se trouve noté dans la plupart des observations publiées. Il est analogue au bruit que l'on provoque dans la cavité gastrique par la palpation et la percussion. Ce clapotage se produit au-dessus de la sténose, dans la partie dilatée

¹ O'Balinski, *Arch. f. Klin. chir.*, 1894.

et hypertrophiée, formant une poche où se trouvent accumulés les aliments, les liquides et les gaz.

Tels sont les grands signes physiques qui, ordinairement, seront suffisants pour reconnaître l'affection dont souffre le malade.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Si le rétrécissement est très serré et provoque des crises douloureuses intenses, le malade ne tardera pas à diminuer sa ration alimentaire ou bien à se mettre de lui-même à un régime composé uniquement d'aliments liquides. Il sait que, pour lui, manger est un supplice et il préfère endurer la sensation angoissante de la faim, plutôt que les douleurs qui suivent l'ingestion d'aliments solides. Car, fait remarquable, l'appétit persiste presque normal : il s'agit donc bien d'un défaut d'alimentation voulue et non d'anorexie vraie.

Les conséquences de cette privation d'aliments sont faciles à prévoir ; l'amaigrissement survient très rapidement et le malade ne tarde pas à prendre un aspect cachectique, bien différent cependant de la cachexie néoplasique, comme nous le verrons plus loin.

Nous mentionnerons simplement les accidents de stercorémie qui peuvent survenir par suite de la stagnation prolongée des matières dans la portion dilatée et des fermentations toxiques qui peuvent s'y produire. Chez le malade de Thomson, après avoir recueilli les matières évacuées par l'anus créé artificiellement, on constata que leur réaction était acide et cependant le rétrécissement était très voisin du cæcum. Il semble difficile d'expliquer ce fait, à moins qu'on ne le mette sur le compte de fermentations acides.

Marché et pronostic. — L'évolution de cette affection est assez variable. Rapide, avec des signes d'occlusion aiguë, dans les cas de rétrécissements produits par des brides, des vices de position, elle est au contraire et plus fréquemment lente et chronique, s'il s'agit d'un rétrécissement pariétal. Cependant, même dans ce cas, la mort peut survenir rapidement, soit à la suite de la rupture toujours possible de la poche (observation de Raoult), soit par le fait de l'obturation complète du conduit.

Une semblable terminaison doit être l'exception ; car, si dans les autres rétrécissements intestinaux, néoplasiques, tuberculeux ou autres, la thérapeutique ne donne souvent que des améliorations incomplètes, dans le rétrécissement que nous venons d'étudier, au contraire, le traitement chirurgical amènera une guérison complète et définitive.

DIAGNOSTIC

Il est certain que le fait de retrouver, dans les antécédents récents du malade, l'existence d'une hernie étranglée facilitera beaucoup la tâche du chirurgien, quand il se trouvera en présence du tableau symptomatique que nous venons d'esquisser. Ce sera donc un élément important de diagnostic qui sera fourni par le malade. Aussi la constatation de la diarrhée du début, de l'intermittence des phénomènes douloureux, du météorisme local et des mouvements péristaltiques sera-t-elle amplement suffisante pour affirmer le rétrécissement de l'intestin. On peut cependant pousser plus loin les investigations et chercher à diagnostiquer la variété, le siège et la nature du rétrécissement reconnu.

Diagnostic de la variété. — Le rétrécissement est-il intrinsèque ou pariétal ? Nous avons vu que très souvent le rétrécissement intestinal sans lésion de la paroi débute plus rapidement après la kélotomie (Thomson) et se manifeste plus fréquemment par des phénomènes d'occlusion aiguë.

S'il s'agit d'un vice de position de l'intestin, invagination, torsion, etc., les signes d'obstruction seront très

rapidement graves et le diagnostic de la cause exacte des accidents sera bien difficile à poser.

Il en est de même quand, après la kélotomie, les phénomènes d'occlusion persistent. On accuse alors l'intestin d'atonie, de paralysie, ou bien encore on suppose que la cause de l'étranglement n'a pas été enlevée par l'intervention. Ce sont encore des cas où le diagnostic est à peu près impossible.

La péritonite consécutive à la kélotomie, ou produite par la gangrène et la perforation de l'anse étranglée, peut quelquefois se différencier. La suppression des gaz et des selles est moins absolue, l'abdomen est plus douloureux à la pression; la fièvre et les vomissements moins souvent fécaloïdes pourront éclairer le diagnostic.

S'il y a des signes d'occlusion chronique, on pourra plus facilement reconnaître la variété du rétrécissement intestinal. D'une façon générale, la sténose de la paroi amène plus fréquemment une dilatation et une hypertrophie considérable de la partie d'intestin située en amont du rétrécissement. Si donc on observe un clapotement très marqué le matin à jeun, si les mouvements péristaltiques sont très accentués, si, à ces deux constatations, on a noté l'apparition relativement tardive des premiers symptômes précédés eux-mêmes d'une diarrhée profuse, on pourra penser à un rétrécissement avec lésion cicatricielle de la paroi.

Toutefois, ces signes n'ont rien de caractéristique et nous ne voudrions pas leur attacher une importance qu'en réalité ils sont loin d'avoir.

De plus, le fait que l'on rencontre souvent les deux

variétés de rétrécissement chez le même malade rend un peu illusoire la valeur de ces symptômes.

Diagnostic du siège. — Presque toujours le rétrécissement siège au niveau de l'ancien étranglement et au voisinage de la cicatrice de l'incision. Les adhérences qui se forment rapidement fixent bientôt l'anse malade et la sténose de la paroi intestinale évolue sur cette anse ainsi immobilisée.

Dans toutes les observations que nous avons recueillies, le siège du rétrécissement était au voisinage de la cicatrice.

Toutefois, il ne semble pas impossible que la sténose se développe après une notable déviation de l'anse primitivement étranglée. C'est alors que le clapotage, le météorisme et le péristaltisme localisés pourront rendre les plus grands services.

Si l'on pouvait supposer que la poche qui clapote ou qui est le siège d'ondulations péristaltiques est formée par une ectasie de l'estomac, on aurait la ressource de pratiquer le cathétérisme et de le faire suivre d'une évacuation aussi complète que possible de la cavité de l'estomac ; l'insufflation pourrait aussi aider au diagnostic.

Quant aux signes plus compliqués que l'on a préconisés pour reconnaître le siège exact du rétrécissement, nous ne croyons pas qu'ils puissent être employés sans danger. Tel le procédé de Kronberg qui conseille l'introduction de Hg métallique en quantité considérable, jusqu'à ce qu'il atteigne le rétrécissement. Un examen radiographique permet alors de reconnaître le siège de l'obstruction.

Un autre signe, toujours relatif au siège de l'occlusion.

a été signalé par Barlow. Cet auteur juge que l'obstacle siège fort bas, si la quantité d'urine reste normale, et soupçonne, au contraire, qu'il ne reste qu'une petite portion d'intestin au-dessus du rétrécissement, si les reins ne sécrètent qu'une quantité très minime d'urine. Toutefois, ce signe n'a qu'une importance très relative, car ce n'est pas le point d'intestin sténosé qu'il importe de connaître, mais la situation du rétrécissement par rapport à la paroi abdominale.

Quoi qu'il en soit, si des signes très nets ne permettent pas de reconnaître le siège exact de l'obstruction, on sera toujours fondé à le placer au niveau de l'ancien étranglement; on risquera d'autant moins de commettre une erreur que, dans la grande majorité des cas, la sténose se produit en ce point.

Diagnostic de la nature. — Il s'agit d'un diagnostic qui, en règle générale, n'a pas à se poser. Il est, en effet, de toute évidence qu'il faut songer à rattacher à l'étranglement herniaire le rétrécissement constaté. Aussi serons-nous très bref sur les autres causes qui peuvent se traduire par un tableau symptomatique à peu près analogue.

Les rétrécissements intestinaux consécutifs à des ulcérations produites par des caustiques, la dysenterie, la tuberculose, la fièvre typhoïde ont chacun une étiologie spéciale, et il est bien rare que l'on puisse reconnaître sûrement celle de ces causes qui a produit le rétrécissement.

Les ulcérations du duodénum, celles produites par des corps étrangers auront les premières le cortège habituel de la sténose du pylore, les autres leur étiologie.

Le rétrécissement cancéreux est beaucoup plus fréquent et, par suite, plus important ; mais, sauf dans des cas rares, il ne produit guère des accidents d'obstruction intestinale sans que le néoplasme ne se soit révélé par quelques symptômes antérieurs, sans qu'il y ait dans la nutrition générale des troubles indiquant le développement d'une tumeur maligne.

Mais, nous le répétons, dans la grande majorité des cas, c'est le malade qui dira lui-même la nature de son rétrécissement.

TRAITEMENT

Le pronostic de cette affection serait fatal à plus ou moins longue échéance, si on laissait la maladie suivre son cours. La cachexie augmenterait rapidement, les accidents d'obstruction deviendraient de plus en plus violents et la mort ne tarderait pas à survenir par perforation ou péritonite.

Le traitement chirurgical, en levant l'obstacle qui s'oppose à la progression des matières stercorales amènera, au contraire, une guérison rapide.

Mais n'y a-t-il pas d'autres moyens thérapeutiques qui permettent, soit d'éviter le rétrécissement, soit d'enrayer la marche de l'affection, où d'en atténuer les symptômes douloureux jusqu'au jour où le malade acceptera facilement l'intervention chirurgicale? Nous énumérerons ces différents moyens, tout en faisant remarquer que le traitement chirurgical est le seul rationnel.

Traitement prophylactique. — Si l'on s'en rapporte à la pathogénie des rétrécissements sans lésion de la paroi, on peut se convaincre que ceux-ci sont la conséquence immédiate ou éloignée d'adhérences et de brides consécutives à l'étranglement herniaire. Pourrait-on chercher à en prévenir la production?

Cette question, depuis plusieurs années, a vivement préoccupé les chirurgiens, et de nombreuses expériences ont été faites pour démontrer les conditions qui favorisaient leur formation.

Walthard¹ a montré que le contact de l'air est un facteur important. Après un contact à l'air maintenu pendant vingt minutes, cet auteur voit les adhérences se produire sur l'intestin aussi bien après filtrage que sans filtrage de l'air. Il s'agit donc d'une action plutôt irritative que toxique, amenant une desquamation épithéliale et consécutivement la formation d'adhérences. Pour lui, le moyen d'éviter ces accidents consisterait à maintenir sur le champ opératoire des compresses trempées dans l'eau salée.

Schiffer, en 1894, est arrivé aux mêmes conclusions. Il semblerait donc que l'on doive faire usage pendant la kélotomie de compresses humides et salées. Toutefois, si l'intestin est adhérent au sac, si ces adhérences sont solides, les surfaces cruentées qui résulteront de la rupture de ces tractus fibreux, ne demanderont qu'à s'accoler aux parties voisines, et la précaution indiquée par ces auteurs, risque fort de rester sans résultat.

D'ailleurs, en ce qui concerne les hernies étranglées, c'est une considération quelque peu théorique.

Quant au rétrécissement avec sténose de la paroi, il est bien difficile de l'éviter. S'il est déjà délicat de se prononcer sur la vitalité de l'anse étranglée, nous avons vu que l'état de la muqueuse échappait complètement à nos investigations.

Cependant, actuellement, avec les facilités de l'entérec-

¹ Walthard, *Corresp. B. f. Schw. Certzse*, 1892.

tomie, grâce à l'emploi d'un bouton anastomotique, le vrai traitement préventif serait de ne pas réduire l'anse étranglée, dans le cas où l'on aurait quelque arrière-pensée et quelque crainte sur la possibilité d'une sténose ultérieure.

D'autre part, cette sténose est tellement rare, qu'au moment de la kélotomie, la question ne se pose pour ainsi dire pas.

Traitement médical. — Si les phénomènes d'occlusion surviennent peu après la kélotomie, c'est à lui que l'on aura recours pendant les premières heures, et il semble qu'il ait parfois donné de bons résultats. Si l'on est sûr que l'étranglement a été enlevé, il n'est certainement pas irrationnel.

Les purgatifs légers, les grands lavements, l'électrisation, pourront être utilisés. Ces moyens réussissent souvent s'il s'agit de paralysie intestinale, et exceptionnellement s'il existe une position vicieuse de l'intestin. Il ne faut cependant pas perdre un temps précieux, et, si les accidents ne cessent pas rapidement, il y aura lieu de supposer un rétrécissement produit par une bride ou des adhérences ; il faut alors, sans retard, pratiquer la laparotomie.

Dans ces cas, le diagnostic précis de la cause de l'occlusion est souvent impossible et cette intervention peut seule permettre de reconnaître et d'enlever l'obstacle.

Si les signes observés sont ceux d'obstruction chronique, le traitement médical ne peut être que palliatif et aussitôt le diagnostic établi, le malade devra être confié au chirurgien.

Comme moyen d'attente on préconise l'administration de l'opium, même à haute dose. Ce médicament aurait l'avantage de diminuer le spasme qui accompagne le rétrécissement et, par suite, non seulement de calmer les souffrances du malade, mais aussi de rendre le rétrécissement plus perméable.

Maas conseille l'alimentation liquide ; mais, si les phénomènes douloureux sont atténués par ce régime, la cause du rétrécissement n'en persiste pas moins. Cet auteur, du reste, n'accorde qu'un rôle palliatif à ce traitement.

Nous ajouterons qu'il ne faut pas abuser des purgatifs, mais chercher plutôt à provoquer des selles par des lavements. Les purgatifs, en effet, ne font qu'exagérer les mouvements péristaltiques de l'intestin, le spasme au niveau du point rétréci, la distension du bout supérieur, et la coudure de l'intestin. Ils ont, d'autre part, un rôle fâcheux par l'exagération des accidents nerveux dépressifs qu'ils entraînent, et enfin, au point de vue de l'intervention, ils créent, par cette distension du bout supérieur, de plus mauvaises conditions opératoires.

Nicaise va jusqu'à dire qu'ils peuvent être la cause des accidents d'occlusion aiguë et rapporte une observation où l'affection a débuté à la suite d'un purgatif.

Traitement chirurgical. — D'ailleurs, le traitement médical ne doit être qu'un traitement d'attente. Dès que le diagnostic est posé d'un rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à une hernie étranglée, il ne faut pas chercher à guérir le malade d'une affection où le traitement médical doit échouer et différer ainsi l'intervention chirurgicale ; mais il faut, au contraire, quand toute hési-

tation sur le diagnostic a disparu, se hâter de recourir au traitement chirurgical.

Jusqu'à ces dernières années, dans l'obstruction intestinale, on avait trop la mauvaise habitude, bien légitime d'ailleurs à ce moment-là, d'attendre que le malade fut dans un état grave pour recourir à l'intervention chirurgicale. Ici, comme dans toute la chirurgie, le traitement hâtif, dès que le diagnostic est posé, donnera un succès certain, au lieu d'un résultat aléatoire.

Autant il est grave d'intervenir sur un malade présentant un état comparable au choléra herniaire, autant il est bénin, avec les ressources actuelles de la chirurgie, d'opérer un malade plein de résistance et pour qui l'on n'aura à craindre ni choc opératoire, ni opération longue et laborieuse. Au point de vue même de l'état de l'intestin, autant il est dangereux et difficile d'agir sur un intestin distendu, aminci, coudé, paralysé, autant il est facile d'opérer quand l'intestin est encore épais, apte à des sutures, sans inégalité trop grande entre les portions sus et sous-jacentes à l'étranglement.

On évitera ainsi souvent au malade cet ennui extrême de l'anus contre nature, obligatoire chez ceux dont la lésion est trop ancienne et qui sont arrivés à la période ultime, intervention dont la guérison est en tout cas une grave complication.

Dans nos observations, nous n'avons trouvé que deux cas où le chirurgien dut, par prudence, recourir d'abord à une *entérotomie*. Nicaise opéra son malade *in extremis* et la mort survint le lendemain.

Thomson, plus heureux, fit l'entérotomie juste au-dessus du rétrécissement ; puis, dix-huit jours après, alors

que l'état général était devenu meilleur, il dut faire une laparotomie, et réséquer 43 centimètres d'intestin, guérissant ainsi la sténose initiale et l'anوس contre nature qu'il avait dû provisoirement créer. Le malade guérit.

On ne devra donc pas oublier cette manière de faire et conserver l'entérotomie, suprême ressource dans les mauvais cas, où l'état général est menaçant et où le malade ne pourrait résister à une intervention plus radicale.

Mais le traitement de choix est une opération large permettant la suppression du rétrécissement et le rétablissement du calibre intestinal. D'après nos observations, trois procédés sont en présence : l'entérectomie, l'entéroanostomose et l'entéroplastie.

L'*entérectomie* est très certainement la méthode de choix dans le rétrécissement cicatriciel de l'intestin grêle à la suite des hernies étranglées. C'est à cette méthode qu'ont eu recours Thomson, Garré et Maas, et toujours avec d'excellents résultats. C'est pour nous la méthode de choix, parce que c'est elle que rétablit le plus sûrement et le plus largement le calibre intestinal, sans laisser aucune exclusion même relative d'une portion d'intestin.

Cette méthode est d'autant plus indiquée que souvent le rétrécissement siège en deux points de l'intestin souvent éloignés. L'anse qui s'est étranglée s'est pour ainsi dire coupée sur le collet du sac ou l'anneau herniaire à ses deux extrémités, laissant ainsi deux points cicatriciels. Il peut alors exister une poche intermédiaire, avec deux rétrécissements souvent assez développés. Thomson a insisté sur cette disposition, et a minutieusement décrit cette poche dont les dimensions, dans son cas, étaient assez grandes, sans toutefois atteindre les proportions de

la dilatation située au-dessus du rétrécissement. C'est une nouvelle indication de la résection, car les matières pourront s'y accumuler dans la suite et provoquer de nouveaux accidents. Mais on peut observer une sténose étendue à toute une portion d'intestin ; Schulz rapporte que chez son malade, il avait trouvé une paroi sténosée sur une étendue de 10 centimètres, ou bien encore le rétrécissement est unique, comme l'ont observé Garré et Maas, puis MM. Jaboulay et Goullioud ; on conçoit que dans ces cas on puisse employer une autre intervention que la résection.

L'entérectomie peut être assez étendue ; c'est ainsi que Thomson a réséqué 43 centimètres d'intestin et Garré 41 centimètres pour réunir deux anses saines, dépourvues d'adhérences, de calibre à peu près égal. Ce sont, en effet, les conditions qui permettent, dans la plus large mesure, la progression des matières stercorales.

La deuxième méthode, l'*entéro-anastomose*, a bien aussi ses indications. Evidemment, c'est une opération plus bénigne qui pourra être faite chez des malades ayant déjà des accidents graves d'occlusion, alors qu'il pourrait être imprudent de tenter l'entérectomie. Elle n'aura aucun inconvénient dans le cas où il n'y a qu'un rétrécissement, où ce rétrécissement est très prononcé, en virole, où il n'y a pas de poche, et où il est facile d'établir l'anastomose, sans laisser au-dessous un clapier et des menaces de rétention de matières.

Elle était particulièrement indiquée dans le cas de M. Goullioud, car, chez ce malade, l'anse intestinale rétrécie était fortement adhérente, non loin des vaisseaux et dans une gangue cicatricielle qu'il eût été difficile de réséquer. Par conséquent, l'adhérence de l'anse intestinale

soit avec la paroi abdominale, soit avec d'autres viscères, est une indication toute spéciale de l'entéro-anastomose. Elle permet d'ailleurs de rétablir très largement la circulation intestinale et a donné du reste un très bon résultat.

La deuxième observation d'entéro-anastomose que nous avons rencontrée est due à Schulz, qui donne comme motif déterminant de sa conduite, la bénignité de l'intervention.

La troisième méthode, l'*entéroplastie*, a été préférée par M. Jaboulay. Ce procédé consiste à faire une incision dans l'axe de l'intestin, incision qui sectionne le rétrécissement; on suture ensuite les deux points extrêmes de l'incision et on transforme ainsi la plaie verticale en une plaie transversale, d'où une large communication entre les parties situées au-dessus et au-dessous du rétrécissement. C'est d'ailleurs l'application d'un procédé fréquemment employé en autoplastie et une imitation du procédé de Heinecke-Mikulicz pour le rétrécissement du pylore. Il faut, bien entendu, pour que ce procédé soit indiqué, que le rétrécissement soit unique, peu prononcé, peu ou pas adhérent et facilement accessible.

Ce ne sera souvent qu'après la laparotomie que l'on pourra opter en toute connaissance de cause entre les différents procédés que nous venons d'indiquer. Il sera bon, croyons-nous, de commencer l'opération par une large incision de l'abdomen, comme l'ont fait Thomson, Garré, Maas, Schulz et M. Goullioud. Une éviscération plus ou moins complète permettra de bien se rendre compte du siège de la lésion, de son étendue, de ses conditions d'adhérence ou de mobilité, de l'état de l'intestin propre ou non à subir une suture. Le chirurgien devra spécialement rechercher si la cause du rétrécissement est

unique, si la lésion n'est pas complexe avec adhérences, brides et sténose, si surtout il n'y a pas deux points rétrécis. Il optera alors pour le procédé convenant au cas particulier.

L'opération dont les indications auront été très nettement posées, amène de remarquables résultats; dans tous les cas publiés et opérés, les phénomènes d'occlusion ont disparu, l'abdomen a repris son volume normal, l'alimentation est devenue possible, et le malade n'a pas tardé à reprendre son état de santé habituelle.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli huit observations où le rétrécissement était pariétal ; nous ne pensons pas qu'il en existe d'autres publiées. Dans toutes, à côté de cette variété de sténose, on a trouvé de nombreuses adhérences.

Quant aux trois dernières observations, elles ont été prises au hasard pour servir d'exemple à quelques-uns des différents modes de rétrécissement sans lésion de la paroi.

OBSERVATION I

(Thèse de Guignard, Paris, 1856.)

Une femme de quarante-sept ans avait une hernie inguinale gauche non habituellement contenue dans un bandage. La hernie s'étrangla et la kélotomie fut pratiquée par Nélaton, le 27 février 1842. Le 7 mai suivant, soit neuf semaines après l'intervention, elle présentait des accidents non douteux d'étranglement interne.

Elle succomba et, à l'autopsie, on trouva vers le ligament de Fallope, du côté gauche, une anse d'intestin grêle de 6 à 7 centimètres de long, limitée à chacune de ses extrémités par une rainure circulaire.

Au niveau du rétrécissement supérieur, la surface interne de

l'intestin était lisse et offrait toute l'apparence de la cicatrisation d'une muqueuse.

OBSERVATION II

(Raoult, *Société anatomique*, Paris, 1891.)

Rétrécissement cicatriciel de l'intestin au niveau des deux points d'étranglement d'une ancienne hernie.

Le nommé B. Gustave, cinquante-quatre ans, entre dans le service de M. Bucquoy, le 1^{er} janvier 1891.

Il raconte avoir eu de la diarrhée et des vomissements depuis fort longtemps.

A l'entrée, état subcomateux, facies grippé; le ventre est ballonné et douloureux à la palpation. Le malade raconte avoir été opéré d'une hernie étranglée à droite, à une époque dont il ne peut préciser la date.

Le 2 janvier, coma absolu; pas de vomissements, pas de selles. Mort le 3 janvier.

Autopsie. — A 85 centimètres au-dessus du cæcum, on trouve deux rétrécissements distants l'un de l'autre de 8 centimètres. En injectant de l'eau dans l'intestin, on ne peut arriver à vaincre la résistance de ces rétrécissements et à faire passer les matières fécales accumulées au-dessus. Entre les deux points rétrécis, il existe une poche d'un diamètre de 4 centimètres, remplie de matières fécales.

L'intestin au-dessus du rétrécissement est très dilaté tandis que son diamètre est diminué au-dessous.

La partie dilatée de l'intestin est congestionnée, couverte de dilatation vasculaire.

Le gros intestin est diminué de volume, surtout dans la partie transverse du côlon. En sectionnant l'intestin grêle dans sa longueur, nous trouvons un épaississement des parois de tout l'intestin grêle qui sont comme infiltrées; la tunique musculaire semble

épaissie. Au niveau des rétrécissements dont l'inférieur possède un canal extrêmement étroit laissant passer très difficilement la lame des ciseaux, la paroi est très épaissie. Le rétrécissement supérieur laisse passer la pulpe de l'index à sa partie la plus étroite.

La surface muqueuse présente une teinte noire ; elle est mamelonnée, irrégulière, sur une étendue de 5 à 6 centimètres au niveau de chaque rétrécissement. Chaque rétrécissement présente une forme en entonnoir au-dessus et au-dessous du point le plus rétréci. La teinte noire semble porter exclusivement sur la muqueuse. Tout autour de ces plaques noires, on trouve un sillon peu profond limitant cette partie pigmentée de la muqueuse avoisinante. Les valvules cessent à la périphérie des taches noires.

Le diagnostic du rétrécissement et surtout de sa cause, n'a pas été fait en raison du peu de renseignements donnés par le malade et du peu de symptômes caractéristiques d'une occlusion intestinale.

OBSERVATION III (résumée).

(Garré, *Beiträge zur, klin. Chir.*, 1892-93, t. IX, p. 187.)

Sur une forme spéciale de rétrécissement cicatriciel de l'intestin à la suite d'un étranglement.

Il s'agit d'un homme, âgé de vingt-sept ans, qui avait une hernie inguinale gauche depuis une année et n'avait pas porté de bandage.

La hernie s'étrangle le 15 octobre 1890, et quatorze heures après, on pratiqua la kélotomie.

A l'opération, on trouva dans le sac une portion d'épiploon et une anse d'intestin grêle de 20 centimètres de longueur. Celui-ci était de couleur noirâtre et rouge bleuâtre : La séreuse était lisse et brillante, sauf au point de l'étranglement où se trouvait un sillon bien marqué qui disparut après la section de l'anneau interne.

L'intestin fut rentré, car il n'y avait pas de doute sur sa vitalité.

Du troisième au dixième jour, le malade se plaignit de coliques et il eut des selles ressemblant à celles d'un typhique. Il guérit cependant très bien et fut renvoyé chez lui.

Cinq semaines après l'opération, il commença à souffrir de coliques à la suite d'aliments solides. Un léger météorisme apparaissait de temps en temps au niveau de la cicatrice et disparaissait en s'accompagnant de gargouillement et de diminution de la douleur.

Puis il présenta des signes qui conduisirent au diagnostic d'étranglement de l'intestin par des adhérences péritonéales.

Laparotomie neuf semaines après la kélotomie. Après avoir sectionné des adhérences, on découvrit un gâteau d'anses agglutinées par d'épaisses adhérences. On les réséqua et le malade guérit.

La portion d'intestin réséqué consistait en une anse intestinale de 41 centimètres de long ayant la forme d'un Z. En son milieu se trouvait un étranglement tubulaire de 7 centimètres de long dont la lumière n'admettait qu'un stylet et était dépourvue de muqueuse. Les parois consistaient en tissu fibreux, dense. Le rétrécissement fut regardé comme résultant d'une nécrose extensive de la muqueuse consécutive aux troubles circulatoires causés par l'étranglement.

OBSERVATION IV (résumée).

(Maas, *Berl. klin. Wochenschrift*, 21 janv. 1895, p. 60.)

Sur la production de la sténose intestinale à la suite de l'étranglement herniaire.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, qui avait souffert d'une hernie inguinale gauche pendant dix ans, mais n'avait jamais porté de bandage.

La hernie s'étrangla et la kélotomie fut pratiquée vingt-quatre heures après.

On trouva dans le sac, outre un peu d'épiploon, une anse d'intestin grêle de couleur blanchâtre et présentant des sillons aux points de constriction. Après la section de l'étranglement, la couleur et les sillons revinrent rapidement, de sorte qu'il n'y avait pas de doute sur la vitalité de l'intestin. Il fut, en conséquence, rentré.

Il y eut une diarrhée rebelle du troisième au quatorzième jour après l'opération. Alors se montrèrent des symptômes d'étranglement que l'on pensa être dus à des adhérences. Enflure intermittente au niveau de la cicatrice, disparaissant en même temps que la douleur.

Laparotomie faite le seizième jour. Quelques anses étaient adhérentes entre elles et au sommet de la vessie par un tractus fibreux qui fut sectionné.

En séparant les anses, on trouva nécessaire d'en réséquer une en forme d'S à cause d'un étranglement en son milieu. Les extrémités sectionnées de l'intestin furent suturées et la malade guérit très bien.

La portion réséquée avait 17 cent., 5 de long. Au niveau de la sténose : atrophie de la muqueuse, privée entièrement de villosités et de glandes. Dans la muqueuse sous-jacente, jeune et riche tissu conjonctif ; les muscles et les séreuses sont conservés. Dans toute l'épaisseur de l'intestin, épaisse infiltration de petites cellules et coloration sanguine.

OBSERVATION V (résumée).

(Thomson, *Brit. Medical Journal*, 1897, vol. II, p. 950.)

Clerc de bureau, âgé de trente-deux ans, porteur d'une hernie inguinale gauche qui s'étrangle le 17 novembre 1896. La kélotomie fut pratiquée le 20. Le sac contenait un liquide trouble et une anse

d'intestin grêle partiellement adhérente. Les parois de l'anse étaient épaissies et de couleur brunâtre.

Une constriction serrée au niveau de l'anneau interne fut sectionnée pour pouvoir attirer en bas l'anse intestinale et l'examiner. On vit alors deux sillons d'étranglement bien marqués, un à chaque extrémité de l'anse correspondant à la situation de l'anneau interne. Ces sillons disparurent et l'intestin fut rentré.

Suites simples.

Vers la troisième semaine apparurent des signes d'obstruction. Il avait de légères coliques et vomissait quand on lui permettait des aliments solides ; il allait assez bien quand on le restreignait au lait peptonisé.

Le 12 février 1897, soit douze semaines après la kélotomie, les phénomènes d'obstruction étaient plus marqués. Les vomissements étaient irréguliers et intermittents et, sans efforts appréciables, le malade rendait d'énormes quantités de liquide brun verdâtre. Il avait perdu muscles et forces à un degré tel qu'il ne pouvait plus quitter son lit. Une particularité remarquable, c'est qu'il se plaignait très peu et qu'il attribuait tous ses symptômes à la bile.

L'abdomen était très distendu et montrait les contours des différentes anses d'intestin grêle courant parallèlement les unes aux autres, obliquement en haut et à gauche, disposition comparable au parallélisme des échelons d'une échelle.

Gros gargouillement et clapotage.

Incision au-dessus et sur le côté interne de la cicatrice de la première opération. Tout près du bord interne de la plaie se trouvait une forte adhérence fibreuse entre la paroi abdominale antérieure et la face convexe d'une anse d'intestin grêle distendue et hypertrophiée. Cette adhérence fut liée et sectionnée. L'anse fut alors tirée au dehors ; elle avait la forme de la lettre Ω et présentait un étranglement bien marqué à chaque extrémité. L'intestin au-dessus était énormément hypertrophié et distendu par du liquide ; celui situé au-dessous était petit et vide, tandis que la portion située entre les deux étranglements avait des proportions intermédiaires.

La surface péritonéale de l'anse étranglée était sur la plus grande partie couverte par du tissu conjonctif jeune et son mésent-

tère était ratatiné et fibreux. Le segment d'intestin renfermant l'étranglement le plus rapproché fut attiré au dehors, et une série de sutures fut faite tout autour, dans le but de le maintenir en place et d'empêcher l'expulsion des autres anses. Pansement.

Le malade fut nourri par le rectum.

13 février. — L'intestin fut ouvert au-dessus de l'étranglement et un petit tube de Paul fut introduit et maintenu par une suture. Un liquide aqueux, de couleur café, s'échappa d'abord à flot, puis en jets correspondants aux ondes péristaltiques. Dans l'espace de vingt-quatre heures, l'abdomen s'était vidé, les nausées avaient disparu, et le malade pouvait prendre des aliments par la bouche.

On nota avec beaucoup d'intérêt que l'étranglement fibreux dans le segment d'intestin mis à découvert se relâcha considérablement de jour en jour, probablement parce que le spasme avait exagéré la sténose existante.

16 février 1897. — Urines, 57 centilitres.

Les matières qui passaient par la plaie étaient jaunes ou verdâtres et parfois il s'écoulait un liquide clair, jaunâtre et donnant la réaction des acides et des pigments biliaires. On affirma d'une façon erronée que la fistule était très haut sur l'intestin grêle et pourtant en injectant un liquide dans le rectum, une partie s'échappait promptement par la plaie.

Comme le malade déclinait, je me décidais à réséquer l'anse intestinale.

2 mars. — 43 centimètres d'intestin durent être sacrifiés pour trouver un intestin en bon état et cependant la lumière des deux extrémités restait très inégale. La réunion fut faite au moyen d'un bouton de Murphy de 7/8 de pouce

Pas de malaise après l'opération.

4 mars. — Deux jours après l'opération pendant lesquels il prit de légers purgatifs, il eut une selle liquide abondante et naturelle.

Des doses régulières de noix vomique et de cascara ramenèrent la tonicité de la paroi intestinale. Les points de suture furent enlevés le quatorzième jour, et le malade se leva le quinzième jour.

Quatre mois après, il était mieux portant et plus fort qu'il ne l'avait jamais été.

Examen de l'anse réséquée. — La portion d'anse réséquée mesurait 43 centimètres de longueur. Environ la moitié était formée par la portion dilatée au-dessus de l'étranglement proximal. La circonférence extérieure était de 16 centimètres, son épaisseur de paroi 3 millimètres, le diamètre de la lumière 5 centimètres.

L'étranglement proximal avait 1 mm. 5 de longueur sur 8 millimètres de diamètre. La paroi était ferme et fibreuse et sa lumière lisse, pâle et privée de membrane muqueuse.

Des coupes microscopiques montrèrent un grand accroissement de l'épaisseur totale de la paroi, et un manque de délimitation entre les différents plans.

La membrane muqueuse était représentée par un plan léger de granulations sans aucune trace de glande. La *muscularis mucosæ* avait disparu.

La paroi sous-muqueuse était représentée par une couche épaisse de tissu fibreux, jeune, arrangé en faisceaux entrelacés. La couche musculaire circulaire, quoique plus épaisse que normalement, avait seule gardé ses caractères originaux. Le plan plus externe des fibres longitudinales était presque entièrement remplacé par du tissu fibreux jeune et la séreuse ne pouvait pas être différenciée de celle-ci.

L'étranglement distal différait en beaucoup de points du proximal.

Il était représenté extérieurement par un sillon circulaire, comme si on avait placé une ligature autour de l'intestin.

La muqueuse avait en partie disparu.

La lumière du conduit laissait à peine pénétrer l'extrémité de l'index.

OBSERVATION VI (résumée).

(Schulz, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1898, p. 561.)

Sténose intestinale consécutive à la gangrène de la muqueuse après étranglement herniaire. Traitement par entéro-anastomose sans résection de l'intestin.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-cinq ans, porteur depuis sa quinzième année d'une hernie inguinale droite, contenue par un bandage depuis cinq ans.

20 décembre 1896. — La hernie s'étrangla.

25 décembre. — Entrée à l'hôpital. Vomissements fécaloïdes. Aspect misérable, pouls petit, rapide, pas de fièvre.

Kélotomie dans l'après-midi par le Dr Borchard.

Le sac contenait un peu de liquide et une anse intestinale bleu sombre, légèrement nouée, d'une longueur de 20 centimètres environ dont la séreuse est saine et lisse. La circulation se rétablit et l'anse est rentrée après résection d'un réseau veineux en partie gangrené.

Suites normales.

Au bout de huit jours apparaît subitement une diarrhée ayant les caractères de celle des typhiques. Cette diarrhée diminue pour disparaître dans le deuxième tiers de janvier.

20 janvier. — Trois semaines et demie après l'agitation survinrent des nausées, puis des vomissements accompagnés de coliques et de gonflement intermittent.

Pour éviter les douleurs, on donne une alimentation liquide.

26 janvier. — Mouvements péristaltiques tumultueux du côté droit de l'abdomen avec gonflement du même côté. Vomissements fécaloïdes.

27 janvier. — Laparotomie. L'obstruction était produite par une sténose d'environ 10 centimètres de longueur de toute l'anse qui avait été étranglée. La séreuse se montrait dure, épaissie, mais non élastique.

La sténose n'était cependant pas complète puisqu'on pouvait faire passer en le poussant le contenu de l'intestin.

En raison de l'état de faiblesse du malade, on se décida à faire l'entéro-anastomose dont l'exécution fut difficile à cause de l'état de faiblesse de la muqueuse que les sutures déchiraient.

Huit jours après, première selle. Guérison complète et sortie le 27 mars 1897.

Depuis, le malade se porte très bien.

OBSERVATION VII

(M. Goullioud, *Lyon Médical*, 1^{er} décembre 1898.)

Rétrécissement de l'intestin consécutif à une hernie étranglée.

Entéro-anastomose.

Il s'agit d'un homme de soixante et un ans qui avait toujours joui d'une bonne santé. Depuis quelques années il avait une hernie inguinale droite. Au mois de mai 1898, cette hernie s'étrangla ; deux médecins firent un taxis assez énergique, mais ne purent réduire la hernie. La kélotomie fut pratiquée à l'hôpital de Roanne par M. le Dr Aubeyer moins de vingt-quatre heures après l'apparition des premiers symptômes de l'étranglement ; notre confrère trouva une anse de l'intestin grêle fortement serrée par le collet du sac. L'intestin était déjà très malade, mais pas au point qu'il y ait à hésiter à le réduire.

Les suites immédiates de la kélotomie furent simples, mais, trois semaines après, accidents aigus d'obstruction intestinale avec vomissements fécaloïdes. Ces accidents s'atténuèrent peu à peu pour faire place à une obstruction chronique incomplète pour laquelle le malade entra à l'hôpital Saint-Joseph, au commencement d'octobre, c'est-à-dire cinq mois après la kélotomie.

Le malade présente un tympanisme considérable qui, tout d'abord, était intermittent, puis devint permanent. Depuis trois mois le malade a la diarrhée : 7 à 8 selles liquides grisâtres

par jour. Par contre, émissions de gaz à peu près nulles, comme si le rétrécissement agissait comme un siphon, ne laissant passer que les liquides et pas les gaz.

Aucun trouble des fonctions de l'estomac, mais, après les repas, exaspération des contractions péristaltiques de l'intestin qui arrachent des plaintes au malade. Aussi réduit-il de plus en plus son alimentation.

Si on examine l'abdomen, on le trouve tympanisé sans aucune plaque indurée, sans aucun point spécialement douloureux, sans ascite. On voit se dessiner les anses intestinales avec une certaine orientation transversale.

On essaie d'abord le traitement médical de la paralysie intestinale et des fermentations intestinales. Mais le malade mange de moins en moins, maigrit, se cachectise et se démoralise. Son poids tombe en neuf jours de 49 à 47 kilogrammes.

20 octobre. — Opération avec l'assistance du Dr Laguaite et du Dr Rafin. Anesthésie à l'éther. Incision médiane remontant bien au-dessus de l'ombilic, descendant jusqu'au pubis ; une éviscération à peu près spontanée de tout l'intestin grêle se produit. On la complète en retirant une anse ou deux qui cachent le siège de l'ancienne hernie et on maintient les anses dans des compresses de gazes imbibées d'eau salée tiède.

On trouve une bride épiploïque qui, partie du grand épiploon peu développé, est fixée par son extrémité inférieure au niveau de l'angle formé par la fosse iliaque interne droite et la paroi intérieure de l'abdomen. On la résèque.

Mais il est évident que cette bride lâche ne doit pas être la cause principale des accidents. On en recherche une autre. On reconnaît le cæcum et son petit développement montre que l'obstacle siège sur l'intestin grêle. En effet, à 15 centimètres à peu près de la valvule de Bauhin, on trouve l'intestin rétréci, profondément adhérent dans l'angle dièdre d'où part la bride épiploïque signalée. Au-delà, l'intestin grêle est immédiatement très développé. Au niveau du point rétréci, on sent une sorte d'induration, qui pourrait faire croire à un néoplasme s'il ne s'agissait manifestement de lésions cicatricielles. Il y a là des preuves manifestes

d'une péritonite adhésive localisée, et aussi d'une lésion intestinale due probablement au mauvais état de l'intestin au moment de la kélotomie.

On se décide à faire une entéro-anastomose entre les deux parties de l'intestin grêle séparées par le rétrécissement et immédiatement au-dessus de lui. Il s'étend peu d'ailleurs, sur l'intestin, et forme une virole adhérente de 2 centimètres environ.

Deux plis, formés sur l'une et l'autre anse intestinale, sont isolés avec deux pinces intestinales de Doyen et maintenus parallèles. On fait une anastomose latérale à trois plans de suture (surjets au fil de soie fin avec points d'arrêt).

Confiant en la solidité de la suture, je m'efforce de faire passer une partie du contenu intestinal par la nouvelle anastomose et je réduis, avec une certaine force, les anses éviscérées, sans vider l'intestin. Je parviens à faire la suture de la paroi abdominale (trois plans de suture).

L'opération a duré cinquante minutes et on a injecté 1 litre de sérum à la fin de celle-ci.

Les premiers jours, je crains la tension abdominale et jusqu'à l'émission des gaz, le troisième jour, je ne fais prendre que des liquides en petite quantité.

De petites doses d'huile de ricin (10 grammes) provoquent les selles le quatrième jour.

Les douleurs, déjà atténuées, cessent alors rapidement. Mais la diarrhée antérieure à l'opération reparaît, et ne cesse complètement que quatre semaines après l'opération.

Le malade reprend un très bel appétit et gagne 7 kilogrammes en un mois et quelques jours.

OBSERVATION VIII (résumée).

(Mollard et Bernay, *Lyon Médical*, 2 avril 1899.)

Rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à une hernie crurale droite étranglée.

B..., Mélanie, quarante-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 janvier 1899.

La malade arrive, se plaignant de violentes douleurs abdominales, qu'elle localise dans les hypocondres et dans les fosses iliaques.

Ces douleurs sont continues : mais assez souvent éclatent de véritables crises paroxystiques qui s'accompagnent de « boules » dans le ventre. Ces boules semblent partir presque toutes de la fosse iliaque gauche pour se diriger à droite.

Elles sont localisées dans la région sous-ombilicale. En même temps se produit un bruit de gargouillement intense.

Ces crises sont très douloureuses et d'autant plus intenses que la malade mangeait davantage. Aussi a-t-elle réduit son alimentation, sans toutefois avoir perdu l'appétit.

Amaigrissement très notable.

Le début de l'affection remonterait à six mois.

A cette époque, la malade, qui était atteinte depuis sept ans d'une hernie crurale droite, vit subitement apparaître des signes d'étranglement.

Le taxis, d'abord tenté, resta sans résultat et la kélotomie fut pratiquée quatre-vingts heures après le début des accidents.

Cette intervention eut plein succès et, pendant deux semaines, tout alla bien ; alors apparurent les signes décrits plus haut.

Actuellement, c'est-à-dire après six mois, la malade, quoique très affaiblie, ne présente pas l'aspect d'une cachexie néoplasique.

Du côté de l'abdomen, au dessous de l'ombilic, on voit se dessiner sous la paroi abdominale des mouvements péristaltiques qui restent toujours localisés entre l'ombilic et le pubis.

Clapotement au niveau des anses dilatées.

Pas de tumeur ; les matières fécales sont normales.

Diagnostic : rétrécissement pariétal de l'intestin grêle au niveau de l'anse antérieurement herniée. Il fut de tous points vérifié par l'opération.

24 janvier 1899. — Opération par M. Jaboulay.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe d'emblée sur un paquet de quatre anses agglutinées en carafons. On sectionne un gros trousseau fibreux et on dénoue avec les doigts des adhérences plus lâches.

La surface cruentée des anses intestinales est recouverte par une suture séro-séreuse, de façon à éviter la formation ultérieure de nouvelles adhérences.

Au niveau du rétrécissement, on fait une incision parallèle à la direction de l'intestin, suivie d'une suture perpendiculaire à la même direction, Cette première suture est invaginée dans une suture séro-séreuse.

En amont du point sténosé, dilatation de l'intestin grêle ne dépassant pas le volume du gros intestin.

Les suites ont été simples — à noter cependant un anthrax de la fesse.

Quatre jours après l'opération, la malade souffrait de quelques douleurs abdominales après avoir mangé et présentait quelques mouvements péristaltiques.

La malade a pris 3 kilogrammes en dix jours.

4 mars. — La malade sort. Il persiste de très légères douleurs et quelques mouvements péristaltiques.

OBSERVATION IX

(Nicaise, *Revue de chirurgie*, 1881, p. 84.)

Rétrécissement de l'intestin grêle par adhérence des deux portions d'une anse intestinale. Symptômes d'occlusion à la suite d'un purgatif. Entérotomie. Mort.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, qui a été opéré en 1875 d'une hernie inguinale droite étranglée. Depuis, il a présenté à diverses reprises des attaques de coliques atroces.

A la suite d'un purgatif, des accidents d'étranglement interne se développèrent avec une intensité foudroyante en quelques heures. Le jour même, Nicaise vit le malade et pensa à un rétrécissement intestinal consécutif à la hernie étranglée ancienne, siégeant vers la fosse iliaque droite.

L'entérotomie de Nélaton fut pratiquée et l'on tomba sur une

anse très dilatée qui, incisée, donna issue à une grande quantité de liquides et à des débris alimentaires non digérés.

Le malade mourut le lendemain matin.

Autopsie.— On trouva sur l'intestin grêle, à 3 m. 10 du pylore, un rétrécissement formé par l'adhérence des deux parties d'une anse. L'éperon qui en résultait avait gêné le cours des matières ; le bout supérieur, dilaté en ampoule, comprimait l'origine du bout inférieur, comme la vessie dilatée comprime l'uretère : d'où l'arrêt des matières.

Au point de vue des symptômes, l'intermittence et la rémittence complète des accidents mettaient sur la voie du diagnostic.

Les commémoratifs permettent d'attribuer le rétrécissement à la hernie inguinale ancienne ; on peut supposer qu'on a réduit une anse d'intestin dont les deux bouts étaient collés ensemble et qui s'est dilaté d'un côté et rétrécie de l'autre, le point rétréci se trouvant au sommet de l'anse.

Le plus souvent, le rétrécissement consécutif à la hernie étranglée siège, au contraire, à une des extrémités de l'anse réduite.

Le purgatif paraît être pris en flagrant délit.

OBSERVATION X

(Tuja, thèse Lyon, 1894, p. 34, service de M. Pollosson.)

Occlusion intestinale à la suite d'un étranglement herniaire par torsion du mésentère.

Hernie crurale droite, étranglée depuis huit jours. L'intestin est néanmoins en bon état et l'opération ne présente aucune difficulté.

Les symptômes d'occlusion ne sont pas amoindris par l'opération. Il n'y a ni selles ni gaz rendus par l'anus, mais on ne constate ni vomissements ni ballonnement du ventre. Ces signes négatifs font rejeter une seconde intervention.

Mort le septième jour après l'intervention, sans symptômes bruyants.

Autopsie. — Pas de péritonite, pas d'adhérences. On est frappé par une disposition anormale des anses intestinales. Il semble que le mésentère, très court, soit tordu sur lui-même. En un point voisin du cæcum, une masse d'intestin grêle est invaginée sous une autre masse d'intestin grêle et se trouve ainsi aplatie. Au niveau de la fosse iliaque gauche, on retrouve une disposition analogue. Il semble, en un mot, que les anses intestinales aient été obstruées par une déviation de leur position normale, déviation qui doit se mettre sur le compte d'un mouvement de torsion du mésentère.

OBSERVATION XI

(Jaboulay, *Lyon médical*, 1895, p. 555.)

*Occlusion consécutive à un étranglement herniaire,
par paralysie intestinale.*

Hernie crurale droite étranglée.

Kélotomie par M. Curtillet. Six jours après, les accidents persistaient, moins les douleurs.

Devant la continuation des vomissements et la suppression des selles, réouverture de l'abdomen. L'anse, autrefois étranglée, est attirée au dehors; elle présentait encore deux sillons d'étranglement, au niveau desquels le calibre n'était pas plus gros qu'un porte-plume. La malaxion, le pétrissage de cette anse en tous sens, de façon à faire circuler le contenu, parvint à distendre ces points rétrécis, la réintégration fut opérée et la guérison fut définitive. Il s'agissait d'une femme de quarante-cinq ans.

Cette même observation est relatée par la thèse de Tuja (Lyon, 1894, p. 39), sous le titre « Occlusions spasmodiques ».

CONCLUSIONS

I. Il existe deux variétés de rétrécissement de l'intestin grêle consécutif aux hernies étranglées : l'un de cause extrinsèque, telle que adhérence, bride ou position vicieuse; l'autre plus spécial est la sténose de l'intestin.

Il est remarquable que cet accident soit si rarement observé.

II. Sa pathogénie rationnelle est la sténose cicatricielle d'un intestin gravement malade au moment de sa réduction.

Il est à noter que la lésion est souvent double, correspondant aux sillons de compression des deux extrémités de l'anse étranglée.

III. Les signes sont ceux de l'occlusion aiguë, ou, plus fréquemment, de l'obstruction chronique de l'intestin grêle.

Dans plusieurs observations, on a noté de la diarrhée pendant les premiers jours qui suivent la kélotomie.

IV. On ne devra pas s'attarder à un traitement médical incapable de guérir la lésion. Dès que le diagnostic

aura été nettement posé, on devra rétablir largement la circulation intestinale.

Divers procédés ont été employés; c'est d'abord la résection qui permet d'enlever toute la portion malade de l'intestin et qui est par suite le traitement de choix.

L'entéro-anastomose a quelques indications spéciales, par exemple la fixité absolue de la région sténosée.

L'entéroplastie, employée une fois, a également donné un succès.

Dans tous les cas publiés et opérés hâtivement, le résultat a été très satisfaisant.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu :

LE DOYEN
LORTET

Vu, et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- GUIGNARD, Rétrécissements cicatriciels de l'intestin. (Thèse, Paris, 1856.)
- PETER, Pathologie générale des rétrécissements. (Gazette des hôpitaux, 1868.)
- RENSON, Rétrécissement cicatriciel de l'intestin. (Thèse, Paris, 1881.)
- NICAISE, Rétrécissement de l'intestin grêle à la suite d'une hernie étranglée. (Revue de chirurgie, 1881, p. 84.)
- RAOULT, Rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à une hernie étranglée. (Bulletin de la Société anatomique de Paris, Janvier 1891.)
- GARRÉ, Sur une forme spéciale de rétrécissement cicatriciel de l'intestin à la suite de l'étranglement. (Beiträge zur klin. Chir., 92-93, t. IX, p. 187.)
- TUJA, Des occlusions intestinales après la laparotomie. (Thèse, Lyon, 1894.)
- NIKIPHOROW, Des rétrécissements de l'intestin consécutifs à des hernies étranglées. (Clin. lieptopies, 1894.)
- MAAS, Sur la production de la sténose intestinale à la suite de l'étranglement. (Berliner, klin. Wochenschrift, 21 janvier 1895, p. 60.)
- JABOULAY, Deux cas d'occlusion intestinale. (Lyon médical, 1895, p. 555.)
- THOMSON, Rétrécissement de l'intestin à la suite des hernies étranglées. (British Medical journal, 1897. Vol. II, p. 950.)

SCHULZ, Sténose intestinale consécutive à la gangrène de la muqueuse après étranglement herniaire. (Deutsch Zeitschrift für Chirurgie, 1898, p. 561.)

GOULLIoud, Rétrécissement de l'intestin consécutif à une hernie étranglée. (Lyon médical, 1898.)

MOLLARD et BERNAY, Rétrécissement de l'intestin grêle consécutif à une hernie crurale droite étranglée. (Lyon médical, 2 avril 1899.)

TABLE

Avant-propos.	5
Historique.	7
Anatomie et physiologie pathologiques.	10
Rétrécissements extrinsèques	10
Rétrécissement intrinsèque	12
Nombre et siège.	13
Calibre.	14
Lésions observées	14
Pathogénie	15
Symptômes	19
Rétrécissement de cause extrinsèque	19
Rétrécissement de cause intrinsèque. — Sténose	
intestinale	20
Début	20
Période d'état	22
Marche et pronostic	28
Diagnostic.	29
Diagnostic de la variété	29
Diagnostic du siège.	31
Diagnostic de la nature	32

Traitement	34
Traitement prophylactique	34
Traitement médical.	36
Traitement chirurgical.	37
Observations	43
Conclusions	59

